

Spis treści

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia zdrowotnego (indeks GM 02)	3
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu (indeks GM SU 02)	10
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania (indeks GM PZ 02)	12
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą (indeks GM KL 02)	16
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w zakresie chirurgii jednego dnia (indeks GM CH 01)	20

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Allianz Zdrowie (indeks GM 02)

§ 1 Postanowienia ogólne

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia, zwane dalej o.w.u., stosuje się w umowach ubezpieczenia zdrowotnego zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z Ubezpieczającymi.
2. Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umów dodatkowych są w mocy tylko wówczas, gdy umowy te zostały dołączone do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie. Warunki, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ryzyk dodatkowych, są określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczących poszczególnych umów dodatkowych, które zostały dołączone do polisy i stanowią jej integralną część.
3. Terminom używanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:
 - 1) akt przemocy – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zniwala ją do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, lub przeciwko rzeczy posiadanej przez osobę, przez co swoboda woli tej osoby – w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona;
 - 2) certyfikat – dokument potwierdzający objęcie ochroną ubezpieczeniową poszczególnych Ubezpieczonych, określający jej szczegółowe warunki;
 - 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
 - 4) dokument ubezpieczenia – polisa, certyfikat lub inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 5) Dyrekcja Generalna – podstawowa jednostka organizacyjna Towarzystwa powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Towarzystwa; adresem Dyrekcji Generalnej jest adres siedziby Towarzystwa wskazany w polisie;
 - 6) dziecko – osoba, która w dniu podpisania deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia nie ukończyła 25. roku życia, objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu Rodzinnego;
 - 7) Główny Ubezpieczony – Pracownik wskazujący osoby objęte ochroną w ramach Pakietu Rodzinnego i reprezentujący te osoby wobec Ubezpieczającego oraz wskazujący Uposażonego w imieniu niepełnoletniego dziecka;
 - 8) identyfikator – dokument niezbędny do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, określający zakres świadczeń zdrowotnych objętych ubezpieczeniem. Identyfikator jest ważny tylko za zaopatrzonym w zdjęcie dokumentem określającym tożsamość Ubezpieczonego (w szczególności dowód osobisty, paszport, prawo jazdy, legitymacja szkolna);
 - 9) karencja – wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia lub dodatkowych umów ubezpieczenia, przez okres w nich wskazany;
 - 10) ochrona ubezpieczeniowa – zobowiązania Towarzystwa wobec Ubezpieczonego wynikające z umowy ubezpieczenia;
 - 11) Pakiet Rodziny – umowa ubezpieczenia zawierana na rzecz Głównego Ubezpieczonego oraz jego współmałżonka, wraz ze wszystkimi dziećmi własnymi lub przysposobionymi, które spełniają postanowienia określone w pkt. 6;
 - 12) Pracownik – osoba fizyczna, którą łączy z Ubezpieczającym stosunek prawny opisany w pkt. 21);
 - 13) pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i świadomego wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 14) rocznica polisy – każda rocznica daty określonej w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 15) składka ubezpieczeniowa – składka w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia, przeznaczona na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej;
 - 16) suma ubezpieczenia – określona w polisie kwota świadczenia wyrażona w złotych (zł), którą Towarzystwo zobowiązuje się wypłacić Uposażonemu, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 17) świadczenia zdrowotne – procedury medyczne i diagnostyczne świadczone przez wykwalifikowany personel medyczny podczas procesu leczenia lub podczas działań profilaktycznych;
 - 18) Świadczeniodawca – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany przez organ uprawniony do rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej, współpracujący z Towarzystwem w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych wymienionych w załączniku do niniejszych o.w.u. na rzecz Ubezpieczonych;
 - 19) techniczna stopa procentowa – zakładana przez Towarzystwo teoretyczna stopa zysku z inwestowania rezerwy matematycznej w trakcie trwania ubezpieczenia, wynosząca 3,25 % w skali roku;
 - 20) Towarzystwo – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna;
 - 21) Ubezpieczający – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej zatrudniająca Pracownika, zgłaszająca grupę osób do ubezpieczenia zdrowotnego przez wypełnienie dokumentu o nazwie „Wniosek o zawarcie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego”, która jest zobowiązana do opłacania składek. Dla potrzeb niniejszych o.w.u. na równi z zatrudnieniem (stosunkiem pracy) traktuje się istnienie pomiędzy Ubezpieczającym i Pracownikiem innego związku uzasadniającego, zdaniem Towarzystwa, możliwość objęcia tych osób ubezpieczeniem na zasadach określonych w niniejszych o.w.u. (przynależność Pracownika do partii politycznej, stowarzyszenia, związku zawodowego itp.);
 - 22) Ubezpieczony – osoba fizyczna, której życie i zdrowie są objęte ochroną ubezpieczeniową;
 - 23) umowa ubezpieczenia – umowa zawierana pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych o.w.u.;
 - 24) Uposażony – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej wskazana przez Ubezpieczonego, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – przez Głównego Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
 - 25) współmałżonek – osoba, z którą Główny Ubezpieczony w dniu podpisania deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim;
 - 26) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które było

- bezpośrednią i wyłączną przyczyną zgonu osoby objętej ubezpieczeniem i nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa;
- 27) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową:
- choroba – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
 - badania okresowe w ramach medycyny pracy oraz zalecane przez lekarza badania profilaktyczne;
 - śmierć Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

§ 2

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy ubezpieczenia polega na:
 - udostępnieniu Ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych oraz zalecanych przez lekarzy badań medycznych, wykonywanych u Świadczeniodawców zgodnie z zasadami medycznej obsługi Ubezpieczonego i w zakresie opisanym w załączniku do niniejszych o.w.u.;
 - wypłacie Uposażonemu sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowień § 2 niniejszych o.w.u.
- Zakres odpowiedzialności Towarzystwa może zostać rozszerzony o wypłatę świadczeń z tytułu ryzyk dodatkowych, jeżeli umowy dodatkowe są dołączone do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie. Zakres odpowiedzialności z tytułu ryzyk dodatkowych jest określony w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego.
- Zakres ubezpieczenia jest określany przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie lub zmianę umowy ubezpieczenia.
- Zakres ubezpieczenia jest jednakowy dla wszystkich Ubezpieczonych w ramach jednej umowy ubezpieczenia.
- Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego, gdy zgon nastąpił bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - działań wojennych, stanu wojennego;
 - czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.
- Towarzystwo nie odpowiada za roszczenia Ubezpieczonego wynikające z:
 - błędów w sztuce lekarskiej;
 - błędów z nienależycie prowadzonej przez Świadczeniodawcę dokumentacji medycznej;
 - uczestnictwa personelu medycznego zatrudnionego u Świadczeniodawcy, udzielającego świadczeń Ubezpieczonemu, w strajkach i akcjach protestacyjnych polegających na nieudzielaniu świadczeń zdrowotnych.
- Towarzystwo jest zwolnione z udostępnienia Ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych wymienionych w załączniku do niniejszych o.w.u., jeżeli potrzeba ich wykonania wynika pośrednio lub bezpośrednio z:

- niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarskich;
- popelnienia przestępstwa lub usiłowania popelnienia przestępstwa w rozumieniu Kodeksu karnego.

- Towarzystwo nie udostępnia Ubezpieczonemu świadczeń zdrowotnych innych niż wymienione w załączniku do niniejszych o.w.u.
- Towarzystwo nie udostępnia świadczeń zdrowotnych w przypadkach wymagających działań w trybie nagłym, w szczególności wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez pogotowia ratunkowe (karetki reanimacyjne, karetki wypadkowe, karetki przewozowe).

§ 3

Zawarcie umowy ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie pisemnego, poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, podpisanego przez Ubezpieczającego, na formularzu przygotowanym w tym celu przez Towarzystwo.
- Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia, i ulega automatycznie przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może być przedłużana wielokrotnie, pod warunkiem zachowania trybu określonego powyżej.
- Umowa ubezpieczenia może być zawarta dla grup:
 - indywidualnie przystępujących do ubezpieczenia;
 - przystępujących do ubezpieczenia w formie Pakietów Rodzinnych.
- Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu następnym po dniu podpisania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia ma ukończony 18. rok życia i nie ma ukończonych 64 lat.
- Ubezpieczeniem w ramach Pakietu Rodzinnego mogą być objęci współmałżonkowie, z zachowaniem postanowień ust. 4, wraz ze wszystkimi dziećmi własnymi i przysposobionymi, które w dniu podpisania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyły 25. roku życia.
- Umowa ubezpieczenia może być zawarta dla grupy liczącej co najmniej 10 osób, a w razie zawierania umowy w formie Pakietów Rodzinnych – dla co najmniej 10 Pakietów Rodzinnych.
- Jeżeli liczba osób zgłaszanych do ubezpieczenia nie będzie spełniała wymogów, o których mowa w ust. 6, to umowa ubezpieczenia może być zawarta za zgodą Towarzystwa i na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo.
- Ubezpieczający jest zobowiązany dołączyć do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i przekazać Towarzystwu najpóźniej do 20. dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc ochrony:
 - wykaz imienny osób zgłaszanych do ubezpieczenia;
 - deklarację przystąpienia do ubezpieczenia każdej z osób zgłaszanych do ubezpieczenia; dokument ten powinien być wypełniony i podpisany przez osobę przystępującą do ubezpieczenia (w razie zawarcia umowy w formie Pakietów Rodzinnych deklarację za niepełnoletnie dziecko podpisuje Główny Ubezpieczony);
 - rozliczenie składki i osób lub Pakietów Rodzinnych, które mają być objęte ubezpieczeniem;

- 4) potwierdzenie wpłaty składki na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa.
9. Dowodem zawarcia umowy ubezpieczenia jest dla Ubezpieczającego wystawiona przez Towarzystwo polisa, a dla Ubezpieczonego – wystawiony przez Towarzystwo indywidualny certyfikat.
10. Za zgodą Towarzystwa dopuszcza się utworzenie kilku grup u jednego Ubezpieczającego i dla każdej z grup zawarcie odrębnej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem poniższych postanowień:
- 1) nie dopuszcza się ubezpieczenia tych samych osób w więcej niż jednej grupie;
 - 2) Ubezpieczeni nie mogą zmieniać zakresu ubezpieczenia przez zmianę grupy, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej.
11. Dla każdej z grup Towarzystwo wystawia odrębną polisę.
12. W razie zmiany liczebności grupy po zawarciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany przesyłać Towarzystwu, najpóźniej do 20. dnia miesiąca poprzedzającego kolejny okres ochrony, następujące dokumenty:
- 1) wykaz osób przystępujących do ubezpieczenia w kolejnym miesiącu wraz z ich deklaracjami, z zachowaniem postanowień ust. 8 pkt 2);
 - 2) wykaz osób występujących z ubezpieczenia, w stosunku do których w kolejnym miesiącu wygasa odpowiedzialność Towarzystwa, oraz identyfikatorów tych osób;
 - 3) rozliczenie składki i osób lub Pakietów Rodziny, które mają być objęte ubezpieczeniem.
13. Towarzystwo może uzyskać od podmiotów, o jakich mowa w art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 91, poz. 408 z późn. zm.), które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu lub osobie, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia – informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
14. Z żądaniem przekazania informacji, o których mowa w ust. 13, występuje lekarz upoważniony przez Towarzystwo.
15. Podmioty, o których mowa w ust. 13, są obowiązane przekazać Towarzystwu posiadane informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego lub osoby, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty otrzymania wystąpienia Towarzystwa o przekazanie informacji.
16. Towarzystwo może za pisemną zgodą osoby, której dane dotyczą, albo jej przedstawiciela ustawowego, na pisemne żądanie innego zakładu ubezpieczeń udostępnić temu zakładowi ubezpieczeń przetwarzane przez siebie dane osobowe, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego bądź osobę, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości.
- ## § 4 Składka
1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić za każdego Ubezpieczonego lub za każdy Pakiet Rodziny składkę ubezpieczeniową w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
 2. Składka ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia jest płacona przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością wskazaną w umowie ubezpieczenia.
 3. Częstotliwość opłacania składki może być miesięczna, kwartalna, półroczna lub roczna.
 4. Wysokość składki ustala się w zależności od zakresu umowy ubezpieczenia i zawartych umów dodatkowych stanowiących rozszerzenie umowy ubezpieczenia.
 5. Składka za Ubezpieczonego jest równa sumie składek należnych na podstawie umowy ubezpieczenia oraz dodatkowych umów ubezpieczenia, jeżeli umowy te zostały dołączone do umowy ubezpieczenia.
 6. Składka za ubezpieczenie jest kalkulowana w oparciu o techniczną stopę procentową.
 7. Składka jest płatna z góry, ale nie później niż:
 - 1) przy zawieraniu umowy ubezpieczenia – do 20. dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) po zawarciu umowy ubezpieczenia – w ostatnim dniu miesiąca poprzedzającego okres, za który jest należna.
 8. Wysokość składki jest ustalana przez Towarzystwo na każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia. W razie zmiany składki Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zmianie składki obowiązującej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia, nie później niż na miesiąc przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia.
 9. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu od Towarzystwa informacji o wysokości składki w następnym rocznym okresie ubezpieczenia doręczy Towarzystwu najpóźniej na 14 dni przed upływem rocznego okresu ubezpieczenia pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną przez Towarzystwo wysokość składki, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia, chyba że strony postanowią inaczej.
 10. Nedoręczenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki w terminie określonym w ust. 9 będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na:
 - 1) przedłużenie umowy ubezpieczenia na następny roczny okres ubezpieczenia;
 - 2) wysokość składki zaproponowaną przez Towarzystwo, obowiązującą w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.
 11. Składkę uważa się za zapłaconą przez Ubezpieczającego z chwilą, gdy wpłynie ona na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 5

Nieopłacenie składek

1. Jeżeli składka należna w danym okresie nie została opłacona przez Ubezpieczającego do 14. dnia pierwszego miesiąca okresu, za który jest należna (okres proryzacji terminu zapłacenia składki), umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu bez uprzedniego powiadomienia o tym Ubezpieczającego, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej.
2. W okresie proryzacji Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do pomniejszenia świadczenia wypłaconego Uposażonemu o kwotę wymagalnej składki, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie proryzacji, a składka należna nie została zapłacona.
4. Składkę uważa się za nie zapłaconą w szczególności wtedy, gdy wysokość składki przekazanej na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa jest niższa niż wynikająca z liczby osób lub liczby Pakietów Rodziny, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem. Liczbę osób lub liczbę Pakietów Rodziny, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem, ustala się na podstawie dokumentów, o których mowa w § 3 ust. 8 pkt. 1), 3) oraz w § 3 ust. 12.

§ 6

Zmiany w umowie ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o dokonanie zmian w umowie ubezpieczenia nie później niż na miesiąc przed każdą rocznicą polisy.
2. Zmiany w umowie ubezpieczenia są dokonywane za zgodą Towarzystwa.
3. W razie podwyższenia wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia lub którejkolwiek z dodatkowych umów ubezpieczenia Towarzystwo może zaakceptować nowe warunki ubezpieczenia przez wprowadzenie odpowiednich aneksów do polisy, stosując 3-miesięczny okres karencji. Karencja odnosi się do zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w § 1 ust. 3 pkt 27 c) niniejszych o.w.u. oraz do wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowych umów ubezpieczenia, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej.
4. W razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie 3-miesięcznej karencji od dnia wprowadzenia zmiany do umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości obowiązującej przed datą złożenia przez Ubezpieczającego wniosku, o którym mowa w ust. 1. Ograniczenie powyższe nie dotyczy zdarzeń będących następstwem wypadku, objętych odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia i dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 7

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo zobowiązuje się udostępnić Ubezpieczonemu określone w umowie ubezpieczenia świadczenia zdrowotne od daty wskazanej przez Towarzystwo w indywidualnym certyfikacie, zawsze od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, ale nie wcześniej niż od daty dostarczenia Ubezpieczonemu za pośrednictwem Ubezpieczającego identyfikatora, o którym mowa w § 1 ust. 3 pkt 8) niniejszych o.w.u.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się w dniu wskazanym w ust. 1, jeżeli w miesiącu poprzedzającym okres ochrony zostały spełnione łącznie następujące warunki:
 - 1) Towarzystwo otrzymało i zaakceptowało deklarację przystąpienia do ubezpieczenia danej osoby;
 - 2) Ubezpieczony jest wymieniony w wykazie imiennym, o którym mowa w § 3 ust. 8 pkt 1) oraz w § 3 ust. 12 pkt 1);
 - 3) Ubezpieczony spełnia warunki określone w § 3 ust. 4 i 5 niniejszych o.w.u.;
 - 4) Ubezpieczający zapłacił składkę z zachowaniem terminów przewidzianych w § 4 ust. 7 niniejszych o.w.u.;
 - 5) wysokość składki przekazanej na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa nie jest niższa niż wynikająca z liczby osób lub liczby Pakietów Rodziny wymienionych w wykazie imiennym, o którym mowa w § 3 ust. 8 pkt 1) oraz w § 3 ust. 12 pkt 1).
3. Świadome udostępnienie identyfikatora innej osobie przez Ubezpieczonego skutkuje natychmiastowym wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego.
4. W sytuacji opisanej w ust. 3 Ubezpieczony odpowiedzialny za udostępnienie identyfikatora jest zobowiązany zwrócić Towarzystwu koszty świadczeń zdrowotnych otrzymanych od ostatniej rocznicy polisy.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa niezależnie od innych postanowień niniejszych o.w.u.:
 - 1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym ustał stosunek pracy;
 - 2) w dniu wskazanym przez Ubezpieczającego jako dzień wyłączenia Ubezpieczonego z ubezpieczenia, rozumianym jako ostatni dzień miesiąca poprzedzającego kolejny okres ochrony;
 - 3) z pierwszym dniem miesiąca rozpoczynającego nowy roczny okres ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający nie zaakceptuje nowej wysokości składki;
 - 4) w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 5) w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa, o którym mowa w ust. 3;
 - 6) w dniu zgonu Ubezpieczonego, a w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Pakietów Rodziny – w ostatnim dniu miesiąca, w którym nastąpił zgon Głównego Ubezpieczonego;
 - 7) w dniu rocznicy polisy następującej po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia, a jeżeli Ubezpieczonym jest dziecko – w dniu rocznicy polisy następującej po dniu ukończenia przez dziecko 26. roku życia.
6. W razie zgonu Głównego Ubezpieczonego ochrona względem Ubezpieczonych wskazanych przez niego może być udzielana pod warunkiem niezwłocznego złożenia Ubezpieczającemu przez któregokolwiek z Ubezpieczonych, najpóźniej na tydzień przed rozpoczęciem kolejnego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o wstąpieniu w prawa i obowiązki Głównego Ubezpieczonego i faktycznego wykonywania wymaganych obowiązków.
7. Z dniem określonym w ust. 5 wygasa odpowiedzialność Towarzystwa wynikająca ze wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia zawartych na rzecz Ubezpieczonego, jeżeli ogólne warunki umów dodatkowych nie przewidują innego terminu wygaśnięcia odpowiedzialności.
8. Po upływie 3 lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej względem danego Ubezpieczonego Towarzystwo nie może podnieść zarzutu o zatajeniu przez Ubezpieczonego istotnych okoliczności i uwolnić się na tej podstawie od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 8

Objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia

1. W trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia Towarzystwo może objąć ochroną ubezpieczeniową osoby wcześniej nie ubezpieczone.
2. Najpóźniej do 20. dnia miesiąca poprzedzającego kolejny okres ochrony Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać Towarzystwu wykaz imienny osób przystępujących do ubezpieczenia, ich deklaracje przystąpienia oraz inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo. Towarzystwo może również wyrazić zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową osób ubezpieczonych wcześniej w ramach tej samej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że osoby te traktowane są tak jak osoby wcześniej nie ubezpieczone.
3. Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową osób nowo przystępujących do zawartej umowy ubezpieczenia jest zapłacenie przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym ma się rozpocząć ochrona ubezpieczeniowa.
4. Przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osób, o których mowa w ust. 1, mają zastosowanie niniejsze o.w.u., z zastrzeżeniem że odpowiedzialność Towarzystwa względem Pracowników, którzy w dniu doręczenia Towarzystwu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia byli zatrudnieni, lecz przystąpili do ubezpieczenia po upływie 5 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia – rozpoczyna się po upływie 6-miesięcznego okresu karencji liczonego od dnia wskazanego w § 7 ust. 1 niniejszych o.w.u. W razie przystępowania do ubezpieczenia osób w formie Pakietów Rodziny – niniejsze postanowienia stosuje się odpowiednio.
5. Postanowienia ust. 4 nie dotyczą świadczeń zdrowotnych udostępnianych przez Towarzystwo na podstawie umowy ubezpieczenia.
6. Postanowienia ust. 4 stosuje się odpowiednio do osób, które w dniu doręczenia Towarzystwu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie były Pracownikami Ubezpieczającego i przystąpiły do umowy ubezpieczenia po upływie 5 miesięcy od dnia zatrudnienia przez Ubezpieczającego. W razie przystępowania do ubezpieczenia osób w formie Pakietów Rodziny – niniejsze postanowienia stosuje się odpowiednio.
7. Postanowień ust. 4 nie stosuje się w odniesieniu do Pracowników, którzy po przerwie w zatrudnieniu z powodu odbywania zasadniczej służby wojskowej lub urlopu wychowawczego wznowią opłacanie składek nie później niż w okresie 1 miesiąca, licząc od daty ponownego zatrudnienia po tej przerwie. W razie przystępowania do ubezpieczenia osób w formie Pakietów Rodziny – niniejsze postanowienia stosuje się odpowiednio.
8. W okresie karencji, o której mowa w ust. 4, odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia i wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia są objęte tylko zdarzenia będące następstwem wypadku.

§ 9

Udzielanie świadczeń zdrowotnych

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 3 pkt 27 a) oraz b) Ubezpieczony powinien:

- 1) uzgodnić termin wykonania świadczeń zdrowotnych i przybyć do Świadczeniodawcy;

- 2) przedstawić identyfikator wraz z ważnym dowodem jednoznacznie określającym tożsamość Ubezpieczonego;
- 3) zastosować się do poleceń i wskazówek otrzymanych od służb medycznych zatrudnionych u Świadczeniodawcy;
- 4) przestrzegać terminów wykonania świadczeń zdrowotnych.

§ 10

Wypłata świadczenia

1. Na wypadek zgonu Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca świadczenie osobie uprawnionej do jego otrzymania w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia, o ile warunki dodatkowych umów ubezpieczenia nie stanowią inaczej.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia w razie zgonu Ubezpieczonego jest Uposażony lub Uposażeni wskazani przez Ubezpieczonego, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – przez Głównego Ubezpieczonego, a w razie ich braku – osoby wymienione w § 12 ust. 6.
3. Jeżeli suma wskazań procentowych Uposażonych nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia są wyznaczane przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.
4. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnym czynem karalnym spowodowała zgon Ubezpieczonego.
5. W razie śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione są zobowiązane bezzwłocznie pisemnie powiadomić Towarzystwo o tym zdarzeniu.
6. Za moment zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę, gdy pisemne zawiadomienie o powyższym zdarzeniu wpłynie do Dyrekcji Generalnej lub oddziału Towarzystwa.
7. Dokumentem niezbędnym do uznania za prawidłowe zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, o którym mowa w ust. 1, jest dołączenie odpisu lub kopii aktu zgonu Ubezpieczonego.
8. Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia poinformuje o tym fakcie Ubezpieczającego i osoby uprawnione, wskazując wykaz dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia.
9. W oparciu o przesłane dokumenty Towarzystwo przeprowadzi postępowanie dotyczące:
 - 1) potwierdzenia faktu zaistnienia zdarzenia;
 - 2) potwierdzenia zasadności zgłoszonych roszczeń;
 - 3) ustalenia wysokości świadczenia;
 - 4) ustalenia osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia;
 - 5) ustalenia sposobu przekazania świadczenia.
10. Towarzystwo ma obowiązek udostępnić osobom, o którym mowa w ust. 8, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia. Osoby uprawnione mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych, przy czym sposób udostępniania akt szkodowych nie może wiązać się z nadmiernymi, ponad potrzebę, utrudnieniami dla tych osób.

§ 11

- Świadczenie, o którym mowa w § 10 ust. 1, oraz świadczenia z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia są wypłacane na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dołączyć dokumenty wskazane przez Towarzystwo, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
- Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - aktu zgonu (odpisu lub kopii potwierdzonej przez przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem);
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajście zdarzenia;
 - dokumentu stwierdzającego tożsamość Uposażonego;
 - opisu okoliczności wypadku, jeżeli zdarzenie jest następstwem wypadku;
 - innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wskazanych przez Towarzystwo, a w szczególności dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia.
- O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony powinni niezwłocznie powiadomić Towarzystwo w trybie wskazanym w ust. 1, najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jego zaistnienia.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
- Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
- Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

§ 12

- Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – Główny Ubezpieczony mogą wskazać Uposażonego (lub Uposażonych) jako osoby uprawnione do otrzymania świadczenia na wypadek jego zgonu – zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
- Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – Główny Ubezpieczony mają prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
- Wniosek o zmianę Uposażonego Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – Główny Ubezpieczony składają w formie pisemnej.

- Towarzystwo jest związane dokonaną zmianą, począwszy od następnego dnia po dniu otrzymania wniosku o zmianę Uposażonego.
- Jeżeli Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – Główny Ubezpieczony wskazali więcej niż jednego Uposażonego i w dniu zajścia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa jeden ze wskazanych Uposażonych nie żył albo utracił prawo do świadczenia – to jego część świadczenia przejmują pozostali Uposażeni, przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazań Ubezpieczonego.
- Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego albo gdy żaden Uposażony w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył bądź wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - współmałżonkowi;
 - w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli brak współmałżonka;
 - w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka;
 - w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka;
 - innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

§ 13

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

- Rozwiązanie umowy ubezpieczenia może nastąpić na skutek:
 - nieopłacenia składki do 14. dnia po terminie określonym w umowie ubezpieczenia;
 - wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.
- Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczającego, z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia, liczonego od ostatniego dnia miesiąca, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składek za okres wypowiedzenia.
- W razie rozwiązania umowy w trybie określonym w ust. 2 Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za nie wykorzystany okres ubezpieczenia. Przy zwrocie składki każdy rozpoczęty miesiąc traktuje się jako miesiąc pełny.
- Rozwiązanie umowy ubezpieczenia skutkuje rozwiązaniem wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.
- Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia:
 - w ciągu 7 dni, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli jest przedsiębiorcą;
 - w ciągu 30 dni, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli jest osobą fizyczną nie będącą przedsiębiorcą.
- Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za okres udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.

§ 14

Obowiązki Towarzystwa

- Towarzystwo zobowiązuje się do objęcia ochroną ubezpieczeniową osób wskazanych przez Ubezpieczającego, na zasadach i warunkach określonych w niniejszych o.w.u.

2. Towarzystwo jest zobowiązane zaopatrzyć Ubezpieczonego, za pośrednictwem Ubezpieczającego, w identyfikator umożliwiający dostęp do świadczeń zdrowotnych u Świadczeniodawców wskazanych przez Towarzystwo i w zakresie określonym w załączniku do niniejszych o.w.u.
3. Towarzystwo zobowiązuje się udostępnić aktualną listę Świadczeniodawców.
4. W razie zagubienia identyfikatora lub zmiany danych osobowych Ubezpieczonego Towarzystwo jest zobowiązane do wydania nowego identyfikatora w terminie 20 dni od dnia, w którym Towarzystwo otrzymało pisemne powiadomienie o braku identyfikatora lub dokonanych zmianach.
5. Towarzystwo jest obowiązane do zawarcia w umowie ubezpieczenia:
 - 1) definicji poszczególnych świadczeń;
 - 2) wysokości składek odpowiadających poszczególnym świadczeniom podstawowym i dodatkowym;
 - 3) zasad ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy, określenia stopy technicznej, a także kosztów oraz innych obciążeń pobieranych przez Towarzystwo przy wypłacie świadczeń;
 - 4) wskazania przepisów regulujących opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń.
6. Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia Towarzystwo jest obowiązane przekazać pisemnie informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu, wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy.
7. Towarzystwo jest obowiązane do pisemnego informowania Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.

§ 15 Obowiązki Ubezpieczonego

1. Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – Główny Ubezpieczony upoważniają Towarzystwo do wglądu w dokumentację medyczną dotyczącą Ubezpieczonego, prowadzoną przez Świadczeniodawcę.
2. Ubezpieczony jest zobowiązany do ścisłego przestrzegania zaleceń lekarskich.
3. W trakcie realizowania świadczeń zdrowotnych Ubezpieczony jest zobowiązany do przestrzegania zasad organizacji pracy u Świadczeniodawców w części dotyczącej pacjentów.
4. W razie utraty identyfikatora Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – Główny Ubezpieczony są zobowiązani niezwłocznie powiadomić na piśmie Towarzystwo o braku identyfikatora.

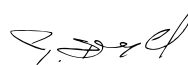
§ 16 Obowiązki Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający jest zobowiązany niezwłocznie informować Towarzystwo o wszelkich zmianach w listach imiennych osób objętych umową ubezpieczenia.
2. W razie niezgłoszenia zmian Towarzystwo przyjmuje ostatni zgłoszony stan osobowy za aktualny.

3. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składki ubezpieczeniowej i przekazywania dokumentów niezbędnych do prawidłowej obsługi zawartej umowy ubezpieczenia, z zachowaniem terminów i warunków określonych w niniejszych o.w.u.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do odbioru identyfikatora od Ubezpieczonego w razie rozwiązywania z nim umowy o pracę lub w innych wypadkach wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej oraz do przesłania odebranego identyfikatora Towarzystwu.

§ 17 Postanowienia końcowe

1. Za zgodą stron do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych o.w.u., potwierdzone odrębnym aneksem.
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie.
3. Jeżeli Ubezpieczający albo Ubezpieczony zmienili adres siedziby lub zamieszkania i nie powiadomili o tym Towarzystwa, przyjmuje się, że Towarzystwo wypełniło swój obowiązek zawiadomienia, wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.
4. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.
5. Bieg przedawnienia roszczeń rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.
6. Bieg przedawnienia roszczenia przerywa się przez zgłoszenie Towarzystwu roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
7. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi o.w.u. mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące przepisy prawa.
8. Skargi i zażalenia związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z tytułu umowy ubezpieczenia mogą zgłaszać do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Towarzystwa, w kompetencjach której leży rozpatrzenie sprawy, jakiej skarga lub zażalenie dotyczy.
9. Powództwo o roszczenie wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby Towarzystwa w Warszawie), albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z tytułu umowy ubezpieczenia.
10. Niniejsze o.w.u. zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 106/2003 z dnia 30 grudnia 2003 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu

(indeks GM SU 02)

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków, zwanych dalej Warunkami, mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, zwanych dalej o.w.u.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) choroba – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
 - 2) choroba psychiczna – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
 - 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 4) obrażenia ciała – uszkodzenie narządów i układów narządów, będące następstwem wypadku lub wypadku przy pracy;
 - 5) przedstawiciel ustawowy – osobę umocowaną do działania w imieniu niepełnoletniego dziecka ubezpieczonego w ramach Pakietu Rodzinnego;
 - 6) szpital – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany przez organ uprawniony do rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej jako zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę lekarską i pielęgniarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za szpital w rozumieniu niniejszych Warunków nie uważa się szpitali uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitali rehabilitacyjnych, sanatoriów i uzdrowisk, a także ośrodków leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków itp.;
 - 7) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 8) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 9) wypadek przy pracy – zdarzenie odpowiadające przesłankom określonym w art. 3 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (DzU nr 199 z 2002 r., poz. 1673 z późn. zm.), zaistniałe jedynie podczas wykonywania obowiązków wynikających z umowy o pracę, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego. Zdarzenie to musi być zgodne z definicją wypadku określoną w ust. 2 pkt 8) niniejszych Warunków;
 - 10) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na pobycie Ubezpieczonego w szpitalu przez czas określony w niniejszych Warunkach w celu leczenia choroby lub doznanych obrażeń ciała będących następstwem wypadku.

§ 2

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęte zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt 10).
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:
 - 1) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu;
 - 2) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU nr 88, poz. 553 z późn. zm.);
 - 3) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - 4) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotnictwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - 5) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 6) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 7) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
 - 8) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
 - 9) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych;
 - 10) klęski żywiołowej lub epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
 - 11) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi;
 - 12) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 13) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem;
 - 14) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu nie dopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego;
 - 15) niezastosowania się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia medycznego, co miało bezpośredni związek z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 3

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na wniosek Ubezpieczającego tylko w razie zawarcia umowy ubezpieczenia lub w każdą rocznicę polisy. Towarzystwo może wyrazić zgodę na zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia przed rocznicą polisy.

2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia.
5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 4 Składka

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić składkę w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest płacona przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia.

§ 5 Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i ust. 3, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego:
 - 1) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych chorobą rozpoczyna się po 1-miesięcznym okresie karencji od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia albo od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta została zawarta później niż data przystąpienia do ubezpieczenia;
 - 2) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych obrażeniami ciała lub odbytych porodem rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego zaczyna się zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego zapłacona składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, przy zachowaniu postanowień zawartych w o.w.u.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do dziecka, ubezpieczonego w ramach Pakietu Rodzinnego rozpoczyna się w dniu następnym po dniu ukończenia przez dziecko 12. miesiąca życia, przy zachowaniu postanowień zawartych w o.w.u.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w o.w.u.

§ 6 Ustalenie i wypłata świadczenia


1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – jego przedstawicielowi ustawowemu, zaś w pierwszej kolejności Głównemu Ubezpieczonemu, świadczenie w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień zawartych w ust. 3.
2. Świadczenie z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przysługuje dziecku ubezpieczonemu w ramach Pakietu Rodzinnego, pod warunkiem że w dniu zajścia zdarzenia

ubezpieczeniowego ukończyło 12. miesiąc życia.

3. Towarzystwo wypłaci świadczenie, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał co najmniej:
 - 1) 5 pełnych dni, jeżeli był spowodowany chorobą lub wypadkiem innym niż wypadek przy pracy, pod warunkiem że pierwszy dzień pobytu wypadł w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 2) 1 pełny dzień, jeżeli był spowodowany obrażeniami ciała doznanymi przez Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy;
 - 3) 10 pełnych dni, jeżeli był spowodowany odbytym porodem, pod warunkiem że pierwszy dzień pobytu wypadł w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczonego.
4. Maksymalna wysokość świadczenia Towarzystwa z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w 12-miesięcznych okresach odpowiedzialności, licząc od początku odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego, nie może przekroczyć świadczenia za 60 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
5. Zgłoszenie roszczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powinno nastąpić w terminie 14 dni od zakończenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
6. Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – jego przedstawiciel ustawowy są zobowiązani dostarczyć Towarzystwu wszelkie wskazane przez nie dokumenty, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, w szczególności kartę informacyjną leczenia szpitalnego. Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo powinny być dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty opuszczenia szpitala. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.
7. Towarzystwo wypłaca świadczenie Ubezpieczonemu, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – jego przedstawicielowi ustawowemu, zaś w pierwszej kolejności Głównemu Ubezpieczonemu niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
8. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 107/2003 z dnia 30 grudnia 2003 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania

(indeks GM PZ 02)

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków, zwanych dalej Warunkami, mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, zwanych dalej o.w.u.
2. Użyty w niniejszych Warunkach określenie nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 2) przedstawiciel ustawowy – osobę umocowaną do działania w imieniu niepełnoletniego dziecka ubezpieczonego w ramach Pakietu Rodzinnego;
 - 3) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 4) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na:
 - a) wystąpieniu u Ubezpieczonego (Głównego Ubezpieczonego lub jego współmałżonka) objawów chorób wymienionych i zdefiniowanych w ust. 3 pkt. 1), 2), 3), 4), 5), 6) lub przebyciu zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych w ust. 3 pkt. 7), 8), 9), pod warunkiem że objawy chorób zdefiniowanych w ust. 3 pkt. 1), 2), 3), 4), 5), 6) oraz chorób będących przyczyną bezpośrednią lub pośrednią dokonania zabiegów operacyjnych wskazanych w ust. 3 pkt. 7), 8), 9) pojawią się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby lub daty zabiegu operacyjnego (pod warunkiem ich zgodności z definicjami przyjętymi w niniejszych Warunkach);
 - b) wystąpieniu u dziecka ubezpieczonego w ramach Pakietu Rodzinnego objawów choroby albo chorób wymienionych i zdefiniowanych w ust. 4 pkt. 1), 2), 3), 4), 5), 6), 7), 8), pod warunkiem że objawy te pojawiają się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, a dziecko pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby.
3. W rozumieniu umowy dodatkowej poniższe terminy dla zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w ust. 2 pkt 4 a) oznaczają:
 - 1) złośliwa choroba nowotworowa – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowość choroby przyjmuje się za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory in situ, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1 B w klasyfikacji TNM, nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkina w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium;
 - 2) zawał serca – świeżą martwicę części mięśnia sercowego potwierdzoną wynikiem badania EKG oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia są wyłączone przypadki zawału mięśnia sercowego nie skutkujące pilną hospitalizacją, leczone i nie pozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. nieme zawały;
 - 3) udar mózgu – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wyczerpienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nie skutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar nie pozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR);
 - 4) niewydolność nerek – mocnicę na skutek przewlekłej niewydolności nerek wymagającą leczenia dializami przez okres co najmniej 3 miesięcy lub istnienia pełnych wskazań do przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 5) całkowita utrata wzroku – całkowitą nieodwracalną utratę widzenia w obu oczach, potwierdzoną zaświadczeniem wydanym przez ordynatora oddziału okulistycznego szpitala, w którym było prowadzone leczenie;
 - 6) stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym, pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
 - a) potwierdzenie rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa,
 - b) obecność prązków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
 - c) obecność charakterystycznego obrazu w NMR, tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa);
 - 7) zabiegi kardiochirurgiczne – zabiegi kardiochirurgiczne przeprowadzone w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca przy pomocy wykonania pomostów omijających dwóch lub więcej tętnic wieńcowych. Ubezpieczenie obejmuje tylko operacje wymagające otwarcia klatki piersiowej. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - 8) zabiegi kardiochirurgiczne na otwartym sercu – zabiegi kardiochirurgiczne na otwartym sercu z powodu przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepienia

- szucznych zastawek serca wykonywane metodą operacji na otwartym sercu z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
- 9) przeszczep – przeszczep Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca oraz szpiku kostnego. Wyłącza się przeszczep narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek lub narządów ludzkich. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną.
4. W rozumieniu umowy dodatkowej poniższe terminy dla zdarzenia ubezpieczeniowego wymienionego w ust. 2 pkt 4 b) oznaczają:
- 1) nowotwory złośliwe z białaczkami i chłoniakami – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się datę ostatecznego wyniku badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzającego nowotworowe tło choroby. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory w najbardziej początkowym stadium rozwoju określanym w nomenklaturze medycznej jako stadium in situ, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM, nie podlega wyłączeniu), choroba Hodgkina w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium;
 - 2) krańcowa niewydolność nerek – stan przewlekłej niewydolności nerek charakteryzujący się wskaźnikiem filtracji kłębuszkowej mniejszym niż 10ml/min oraz wymagający ze wskazań życiowych przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerki;
 - 3) zapalenie mózgu – ostre zapalenie tkanki mózgowej będące przyczyną co najmniej trzytygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie oraz określenie nieodwracalnego charakteru uszkodzenia mózgu musi być potwierdzone przez dokumentację medyczną leczenia szpitalnego;
 - 4) niewydolność wątroby – krańcową przewlekłą niewydolność wątroby ze stałą żółtaczką, encefalopatią i wodobrzuszem (potwierdzenie rozpoznania jednoznaczną dokumentacją medyczną). Za stan przewlekły uważa się co najmniej 6-miesięczny okres trwania choroby będącej przyczyną krańcowej niewydolności wątroby;
 - 5) cukrzyca – cukrzycę nabytą, insulinozależną, o etiologii autoimmunologicznej, trwającą co najmniej 3 miesiące;
 - 6) dystrofia mięśniowa – dystrofię mięśniową typu Duchenne’a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii). Konieczne jednoznaczne rozpoznanie potwierdzone wyczerpującą dokumentacją medyczną;
 - 7) guzy śródczaszkowe – niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych. Wykluczone są torbiele, ziarniniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki oraz guzy rdzenia;
 - 8) śpiączka – stan utraty przytomności charakteryzujący się brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne, oceną w skali śpiączki Glasgow poniżej 9 punktów, koniecznością użycia sprzętu wspomagającego utrzymanie czynności życiowych (np. respirator), trwający co najmniej 96 godzin, oraz pozostawiający trwałe ubytki neurologiczne. Konieczna dokumentacja medyczna leczenia szpitalnego, zawierająca m.in. ocenę stanu neurologicznego przy wypisie ze szpitala.
- ## § 2 Przedmiot i zakres ubezpieczenia
1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
 2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa w stosunku do:
 - 1) Ubezpieczonego (Głównego Ubezpieczonego lub jego współmałżonka) objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt 4 a);
 - 2) dziecka ubezpieczonego w ramach Pakietu Rodzinnego objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt 4 b), z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa przewidzianych w niniejszych Warunkach.
 3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:
 - 1) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) zaburzeń umysłu lub świadomości;
 - 3) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU nr 88, poz. 553 z późn. zm.);
 - 4) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - 5) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - 6) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 7) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 - 8) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę;
 - 9) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 10) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).
 4. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności w sytuacji, gdy Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował się do zaleceń wymienionych w § 6 ust. 3, co miało wpływ na rozwój choroby.
 5. Zdarzeń ubezpieczeniowych obejmowanych odpowiedzialnością Towarzystwa w rozumieniu niniejszych Warunków nie stanowią:

- 1) choroby wymienione w § 1 ust. 3 pkt. 1), 2), 3), 4), 5), 6) oraz w ust. 4 pkt. 1), 2), 3), 4), 5), 6), 7), 8) – jeżeli ich objawy wystąpiły przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji;
- 2) zabiegi operacyjne wymienione w § 1 ust. 3 pkt. 7), 8), 9) – jeżeli objawy chorób będących przyczyną przeprowadzenia tych zabiegów wystąpiły przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji.

§ 3

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na wniosek Ubezpieczającego tylko w razie zawarcia umowy ubezpieczenia lub w każdą rocznicę polisy. Towarzystwo może wyrazić zgodę na zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia przed rocznicą polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 4

Składka

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić składkę w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia większa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest płacona przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia.

§ 5

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się po 3-miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia albo od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta została zawarta później niż data przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacania składek należnych za okres karencji i przy zachowaniu postanowień zawartych w o.w.u.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do dziecka ubezpieczonego w ramach Pakietu Rodzinnego rozpoczyna się w dniu następnym po dniu ukończenia przez dziecko 12. miesiąca życia.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa w rocznicę polisy następującą po dniu, w którym Ubezpieczony (Główny Ubezpieczony lub jego współmałżonek) ukończył 65. rok życia, z zastrzeżeniem

postanowień zawartych w ust. 4, lub w którym dziecko ukończyło 26. rok życia, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w ust. 5 i przy zachowaniu postanowień o.w.u.

4. Począwszy od 55. urodzin Ubezpieczonego (Głównego Ubezpieczonego, współmałżonka Głównego Ubezpieczonego) odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje zdarzenia wymienione w § 1 ust. 3 pkt. 4), 5) i 6) oraz pkt. 8) i 9).
5. Począwszy od 21. urodzin dziecka ubezpieczonego w ramach Pakietu Rodzinnego, odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęte zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt 4 a). Tym samym wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 2 pkt 4 b).

§ 6

Ustalenie i wypłata świadczeń

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – jego przedstawicielowi ustawowemu, zaś w pierwszej kolejności Głównemu Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
2. Świadczenie z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przysługuje dziecku ubezpieczonemu w ramach Pakietu Rodzinnego, pod warunkiem że w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 12. miesiąc życia.
3. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza.
4. Zgłoszenie roszczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego powinno nastąpić w terminie 14 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – jego przedstawiciel ustawowy są zobowiązani dostarczyć Towarzystwu wszelkie wskazane przez nie dokumenty, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Za dokumenty takie uznaje się również wyniki badań potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Towarzystwo definicją. Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo powinny być dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty rozpoznania choroby lub opuszczenia szpitala. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.
6. W razie zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz możliwość poddania Ubezpieczonego (Głównego Ubezpieczonego, współmałżonka Głównego Ubezpieczonego) lub dziecka Głównego Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Towarzystwo lekarza, w zakresie i o częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo. Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Wymienione tu działania są przeprowadzane na koszt Towarzystwa.

7. Przystępując do dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – Główny Ubezpieczony upoważniają Towarzystwo do zasięgnięcia wszelkich informacji i opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie Ubezpieczony poddawał się leczeniu. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – Główny Ubezpieczony nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielenia wszelkich uzasadnionych i wymaganych przez Towarzystwo informacji.
8. Towarzystwo wypłaca świadczenie Ubezpieczonemu, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – jego przedstawicielowi ustawowemu, zaś w pierwszej kolejności Głównemu Ubezpieczonemu niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
9. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo spełnia w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
10. W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia kolejnych zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne zdarzenia nie wynikają pośrednio lub bezpośrednio ze zdarzenia, za które wypłacono świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 108/2003 z dnia 30 grudnia 2003 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą (indeks GM KL 02)

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków, zwanych dalej Warunkami, mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, zwanych dalej o.w.u.
2. Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) centrum operacyjne – Elvia sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Solec 22 – przedstawiciela Towarzystwa zajmującego się w imieniu Towarzystwa organizacją usług związanych z pomocą w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego i likwidacją szkód, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych w dokumencie ubezpieczenia;
 - 2) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 3) koszty leczenia – wydatki poniesione na organizację niezbędnych usług medycznych związanych z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego (leczenie ambulatoryjne, szpitalne) oraz na zakup medykamentów, jeżeli wymienione usługi medyczne lub medykamenty, ze względu na wskazania lekarskie, muszą być świadczone lub zakupione poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego lub czasowego pobytu Ubezpieczonego. Koszty leczenia są świadczone w zakresie niezbędnym do przywrócenia Ubezpieczonemu stanu zdrowia umożliwiającego powrót do Rzeczypospolitej Polskiej w celu kontynuowania leczenia przysługującego Ubezpieczonemu w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 4) kraj stałego lub czasowego pobytu – kraj, w którym Ubezpieczony zamieszkuje nieprzerwanie przez okres co najmniej jednego roku i w którym koncentruje się jego życie osobiste i zawodowe. Nie dotyczy to osób przebywających w danym kraju w celu kształcenia się i osób oddelegowanych do pracy;
 - 5) lekarz uprawniony – lekarza konsultanta centrum operacyjnego;
 - 6) nagłe zachorowanie – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, powodujący konieczność uzyskania natychmiastowej pomocy lekarskiej;
 - 7) nieszczęśliwy wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł;
 - 8) przedstawiciel ustawowy – osobę umocowaną do działania w imieniu niepełnoletniego dziecka ubezpieczonego w ramach Pakietu Rodzinnego;
 - 9) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 10) wyczynowe lub zawodowe uprawianie sportu – regularne i intensywne treningi, udział w zawodach i obozach kondycyjnych w ramach przynależności do klubów sportowych, a także czerpanie dochodu z uprawianej dyscypliny sportu;
 - 11) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, jeżeli zdarzenie to ma miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego lub czasowego pobytu Ubezpieczonego.
3. Na podstawie niniejszych Warunków Towarzystwo zapewnia Ubezpieczonemu leczenie, którego koszty nie przekraczają wysokości sumy ubezpieczenia określonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
4. Maksymalna wysokość sumy ubezpieczenia jest ustalana w dodatkowej umowie ubezpieczenia w euro (EU).
5. Ochrona ubezpieczeniowa obowiązuje we wszystkich państwach świata, z wyłączeniem terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego lub czasowego pobytu Ubezpieczonego.

§ 2

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia są koszty leczenia Ubezpieczonego poniesione w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku w okresie trwania umowy.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo gwarantuje:
 - 1) pomoc medyczną.

Jeżeli Ubezpieczony podczas podróży zagranicznej uległ nieszczęśliwemu wypadkowi lub nagle zachorował, centrum operacyjne po konsultacji z Ubezpieczonym zapewnia wymaganą stanem zdrowia opieką lekarską i pokrywa jej koszty obejmujące:

 - a) transport medyczny do przychodni lub szpitala;
 - b) konsultacje lekarskie;
 - c) badania lekarskie, zabiegi, medykamenty i środki opatrunkowe przepisane przez lekarza;
 - d) pobyt w szpitalu (centrum operacyjne dokonuje wyboru szpitala, który najlepiej odpowiada stanowi zdrowia Ubezpieczonego, rezerwuje miejsce, organizuje dowóz, informuje szpital o warunkach płatności oraz pozostaje w ciągłym kontakcie ze szpitalem);
 - e) transport Ubezpieczonego do innego szpitala, jeżeli placówka, w której znalazł się Ubezpieczony, nie odpowiada wymogom leczenia właściwym dla stanu jego zdrowia;
 - f) leczenie dentystyczne z zastrzeżeniem, że górny limit odpowiedzialności Towarzystwa za leczenie stomatologicznego wynosi 80 EU lub równowartość tej kwoty w innej walucie i ogranicza się do leczenia

- wymagającego niezbędnej, natychmiastowej pomocy lekarskiej;
- 2) transport Ubezpieczonego na teren Rzeczypospolitej Polskiej. Centrum operacyjne organizuje transport medyczny Ubezpieczonego do miejsca zamieszkania lub placówki medycznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Transport Ubezpieczonego odbywa się dostosowanym do jego stanu zdrowia środkiem transportu. O sposobie i możliwości transportu Ubezpieczonego na teren Rzeczypospolitej Polskiej decyduje lekarz uprawniony, po konsultacji z lekarzem prowadzącym leczenie za granicą. Jeżeli Ubezpieczony nie wyraża zgody na transport na teren Rzeczypospolitej Polskiej uznany przez lekarzy centrum operacyjnego za możliwy, nie podlega on dalszej ochronie ubezpieczeniowej.
3. Łączna suma kosztów leczenia podlegających ochronie ubezpieczeniowej nie może być wyższa niż 35 000 EU.
 4. Ubezpieczeniem Towarzystwa nie są objęte następujące koszty leczenia:
 - 1) nie związane z pomocą medyczną udzieloną w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) poniesione w związku z chorobami przewlekłymi, psychicznymi lub depresjami;
 - 3) poniesione w związku z chorobami, co do których istniały przeciwwskazania lekarskie do odbycia podróży lub z którymi związana była hospitalizacja Ubezpieczonego w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia;
 - 4) koszty leczenia sanatoryjnego, rehabilitacyjnego, fizykoterapii, helioterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych;
 - 5) koszty leczenia chorób przenoszonych drogą płciową i AIDS;
 - 6) koszty leczenia związane z ciążą, z wyjątkiem jednej konsultacji lekarskiej i związanego z nią niezbędnego transportu do placówki medycznej, przy czym górny limit odpowiedzialności Towarzystwa za wymienione świadczenia wynosi 100 EU lub równowartość tej kwoty w innej walucie, z zastrzeżeniem pkt. 7;
 - 7) koszty związane z przerywaniem ciąży;
 - 8) koszty sztucznego zapłodnienia lub każdego innego leczenia bezpłodności, a także koszty leczenia powikłań sztucznego zapłodnienia;
 - 9) koszty leczenia chorób będących wynikiem alkoholizmu lub przebywania pod wpływem alkoholu albo używania narkotyków lub środków odurzających nie przepisanych przez lekarza bądź przepisanych przez lekarza, ale stosowanych niezgodnie z jego zaleceniem;
 - 10) koszty leczenia chorób będących wynikiem wypadków spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczonego, w tym usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego;
 - 11) koszty leczenia chorób będących wynikiem epidemii, o których władze kraju przeznaczenia poinformowały w środkach masowego przekazu, skażenia środowiska lub katastrof naturalnych;
 - 12) koszty leczenia chorób będących następstwami promieniowania radioaktywnego;
 - 13) koszty leczenia chorób i koszty interwencji w nagłych wypadkach powstałych na terenach objętych działaniami wojennymi o zasięgu lokalnym bądź międzynarodowym;
 - 14) koszty leczenia chorób i koszty interwencji w nagłych wypadkach powstałych na skutek brania udziału w rozruchach, aktach terroru i sabotażu lub zamachach;
 - 15) koszty leczenia chorób będących wynikiem wypadku, któremu Ubezpieczony uległ podczas popełnienia lub próby popełnienia przestępstwa, z wyjątkiem działania w obronie własnej zaakceptowanego przez Towarzystwo;
 - 16) koszty leczenia przez lekarza będącego członkiem rodziny Ubezpieczonego;
 - 17) koszty szczepień i koszty leczenia dentystycznego nie wymagające udzielenia natychmiastowej niezbędnej pomocy medycznej;
 - 18) koszty naprawy i zakupu okularów, protez (w tym dentystycznych) i innego sprzętu rehabilitacyjnego;
 - 19) koszty leczenia chorób będących wynikiem wypadku, któremu Ubezpieczony uległ podczas amatorskiego uprawiania sportów motorowych i motorowodnych, powietrznych lub wspinaczki wysokogórskiej;
 - 20) koszty leczenia chorób będących wynikiem wypadku, któremu Ubezpieczony uległ podczas wyczynowego albo zawodowego uprawiania sportu lub udziału w zawodach, wyścigach, występach lub treningach sportowych;
 - 21) koszty leczenia nie przekraczające 30 EU lub równowartości tej kwoty w innej walucie, z wyjątkiem leczenia dentystycznego oraz kosztów określonych w ust. 4 pkt 6;
 - 22) koszty zabiegów lub leczenia nie uznanego w sposób naukowy i medyczny;
 - 23) koszty leczenia chorób będących wynikiem wypadku przy pracy fizycznej albo w drodze do pracy lub z pracy;
 - 24) koszty leczenia chorób, na które Ubezpieczony zapadł podczas wyjazdu trwającego dłużej niż 14 dni.
 5. Wyłączenia wymienione powyżej dotyczą zarówno kosztów leczenia oraz transportu, jak i innych świadczeń gwarantowanych przez Towarzystwo w ramach umowy ubezpieczenia kosztów leczenia za granicą.
 6. Umową ubezpieczenia dodatkowego nie jest objęte zadośćuczynienie za doznane krzywdy, ból i cierpienie fizyczne czy moralne, jak również straty materialne wynikające z utraty lub uszkodzenia rzeczy należących do Ubezpieczonego.
- ### § 3 Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia
1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na wniosek Ubezpieczającego tylko w razie zawarcia umowy ubezpieczenia lub w każdą rocznicę polisy. Towarzystwo może wyrazić zgodę na zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia przed rocznicą polisy.
 2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
 3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia.
 4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
 5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia.
 6. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest nieważna, jeśli w chwili jej zawarcia zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa miało już miejsce.
- ### § 4 Składka
1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia i dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany opłacić składkę w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.

2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest płacona przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia.

§ 5 Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się z chwilą przekroczenia przez Ubezpieczonego granicy Rzeczypospolitej Polskiej, nie wcześniej jednak niż w dniu oznaczonym w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się wraz z powrotem Ubezpieczonego do kraju, nie później jednak niż o godzinie 24.00 ostatniego dnia okresu ubezpieczenia w ramach umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa na zasadach określonych w o.w.u., z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
4. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu – na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej – nie wystąpili do centrum operacyjnego o pokrycie lub zwrot kosztów bądź uzyskali zgodę centrum operacyjnego na refundację kosztów po powrocie do kraju, fakt skorzystania z gwarancji określonych w umowie ubezpieczenia są zobowiązani zgłosić w ciągu 7 dni od daty końcowej okresu ubezpieczenia, bez względu na to, czy pełna dokumentacja potwierdzająca zasadność i wysokość roszczeń jest w jego posiadaniu.
5. Zgłoszone roszczenie zostanie rozpatrzone po przedłożeniu przez Ubezpieczonego, a w podniesieniu do niepełnoletniego dziecka – jego przedstawiciela ustawowego, pełnej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, tj. dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie, diagnozy lekarskiej, dokumentów stwierdzających przyczynę i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczących innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia oraz oryginałów rachunków i oryginałów dowodów ich zapłaty.

§ 6 Postępowanie powypadkowe

1. Dla uzyskania pomocy medycznej i pokrycia kosztów usług gwarantowanych niniejszymi Warunkami Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu są zobowiązani:
 - 1) niezwłocznie zgłosić (telefonicznie lub faksem) prośbę o pomoc do centrum operacyjnego. Adres, numery telefonów i faksów są podane w dokumentacji ubezpieczeniowej. Kontaktując się z centrum operacyjnym, Ubezpieczony lub osoba przez niego upoważniona powinni dokładnie wyjaśnić osobie dyżurującej okoliczności, w których znajduje się Ubezpieczony, i określić, jakiej pomocy potrzebuje, oraz umożliwić lekarzom uprawnionym dostęp do wszystkich informacji medycznych. Kontakt z centrum operacyjnym czynnym całą dobę odbywa się w języku polskim;
 - 2) okazać, na życzenie centrum operacyjnego, dokument ubezpieczenia albo identyfikator ubezpieczenia zdrowotnego lub podać jego numer;
 - 3) stosować się do zaleceń centrum operacyjnego, udzielając niezbędnych informacji koniecznych pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy;
 - 4) umożliwić centrum operacyjnemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności powstania szkody, zasadności i wysokości świadczenia oraz udzielić w tym celu pomocy i wyjaśnień.
2. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu z przyczyn niezależnych od siebie nie skontaktował się uprzednio z centrum operacyjnym w celu uzyskania gwarancji pokrycia lub zwrotu kosztów, są zobowiązani w ciągu 5 dni od daty zaistnienia zdarzenia powiadomić centrum operacyjne o zaistniałych kosztach i przesłać dokumentację potwierdzającą zasadność roszczeń.
3. Skontaktowanie się z centrum operacyjnym najpóźniej w terminie przewidzianym w ust. 2 i uzyskanie gwarancji pokrycia kosztów jest warunkiem przejęcia odpowiedzialności przez Towarzystwo, chyba że Ubezpieczony nie skontaktował się z centrum operacyjnym z powodu zdarzenia losowego lub siły wyższej.
7. Towarzystwo zastrzega sobie prawo uzyskania wszelkich informacji medycznych u lekarzy prowadzących leczenie Ubezpieczonego za granicą, jak również zasięgnięcia opinii lekarzy krajowych.

§ 7 Ustalenie i wypłata świadczenia

1. Jeżeli wypłata przysługujących świadczeń następuje na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, świadczenia płatne są w złotych i stanowią równowartość kwot określonych w EU według średniego kursu NBP opublikowanego w dniu wydania decyzji o wypłacie świadczenia.
2. Podanie przez Ubezpieczonego nieprawdziwych danych dotyczących okoliczności lub skutków zdarzenia albo uchylenie się od udzielenia wyjaśnień powoduje utratę prawa do korzystania z usług bądź odmowę wypłaty świadczenia.
3. W razie śmierci Ubezpieczonego zwrot poniesionych przez niego kosztów przysługuje spadkobiercom Ubezpieczonego na podstawie przedłożonego aktu zgonu Ubezpieczonego, udokumentowania poniesionych przez niego kosztów i postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku.
4. Wykonanie usług gwarantowanych w niniejszych Warunkach może być opóźnione na skutek strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej lub o zasięgu międzynarodowym, skutków promieniowania radioaktywnego, zdarzenia losowego lub siły wyższej.

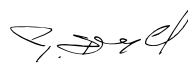
§ 8 Roszczenia regresowe

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, z dniem wypłaty odszkodowania przez Towarzystwo roszczenie Ubezpieczonego wobec osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na Towarzystwo, do wysokości poniesionych kosztów.

2. Jeżeli Ubezpieczony bez zgody Towarzystwa rezygnuje lub zrezygnował z prawa dochodzenia roszczenia od osoby odpowiedzialnej za szkodę lub z prawa do zabezpieczenia roszczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia do wysokości należnego roszczenia.
3. Nie przechodzi na Towarzystwo roszczenie przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność.
4. Na żądanie Towarzystwa Ubezpieczony jest zobowiązany udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osób trzecich, w szczególności udzielając informacji i dostarczając dokumenty niezbędne do dochodzenia roszczenia.

§ 9 Postanowienia końcowe

1. Pomoc w związku ze zdarzeniem objętym dodatkową umową ubezpieczeniową jest udzielana Ubezpieczonemu zgodnie z przepisami obowiązującymi w państwie, w którym jest ona świadczona, lub zgodnie z przepisami prawa międzynarodowego.
2. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
3. Niniejsze Warunki zostały przyjęte uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 109/2003 z dnia 30 grudnia 2003 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w zakresie chirurgii jednego dnia

(indeks GM CH 01)

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków, zwanych dalej Warunkami, mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego w szpitalu w zakresie chirurgii jednego dnia, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, zwanych dalej o.w.u.
2. Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) choroba – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
 - 2) chirurgia jednego dnia – leczenie zabiegowe przeprowadzone w trakcie hospitalizacji trwającej nie dłużej niż 3 pełne doby, pod warunkiem że hospitalizacja miała miejsce w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 4) hospitalizacja – pobyt w szpitalu lub zakładzie opieki zdrowotnej związany z przeprowadzeniem zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia;
 - 5) przedstawiciel ustawowy – osobę umocowaną do działania w imieniu niepełnoletniego dziecka ubezpieczonego w ramach Pakietu Rodzinnego;
 - 6) rok polisowy – okres ubezpieczenia między kolejnymi rocznicami polisy;
 - 7) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 8) szpital – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany przez organ uprawniony do rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej jako zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę lekarską i pielęgniarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych. Za szpital w rozumieniu niniejszych Warunków nie uważa się szpitali uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitali rehabilitacyjnych, sanatoriów i uzdrowisk, placówek tzw. medycyny naturalnej, a także ośrodków leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków itp.;
 - 9) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego;
 - 10) zakład opieki zdrowotnej – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany przez organ uprawniony do rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej jako zakład uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - 11) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, polegające na wykonaniu u Ubezpieczonego jednego z opisanych w ust. 3 zabiegów z zakresu chirurgii jednego dnia, pod warunkiem że objawy chorób będących bezpośrednią lub pośrednią przyczyną dokonania zabiegów z zakresu chirurgii jednego dnia lub wypadek, który był przyczyną dokonania zabiegów z zakresu chirurgii jednego dnia wystąpią po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej.
3. W rozumieniu umowy dodatkowej poniższe terminy oznaczają:
 - 1) operacje przepukliny pachwinowej – zabieg operacyjny polegający na usunięciu worka przepukliny pachwinowej;
 - 2) operacje przepukliny udowej – zabieg operacyjny polegający na usunięciu worka przepukliny udowej;
 - 3) operacja przepukliny pępkowej – zabieg operacyjny polegający na usunięciu worka przepukliny pępkowej;
 - 4) operacje innych przepuklin przedniej ściany brzucha – zabiegi operacyjne polegające na usunięciu innych niż pępkowej przepuklin przedniej ściany brzucha, bez użycia siatki wzmacniającej;
 - 5) laparoskopowe usunięcie wyrostka robaczkowego – usunięcie wyrostka robaczkowego przy użyciu laparoskopu, bez konieczności chirurgicznego otwarcia jamy brzusznej;
 - 6) laparoskopowe usunięcie pęcherzyka żółciowego (cholecystektomia) – usunięcie pęcherzyka żółciowego przy użyciu laparoskopu, bez konieczności chirurgicznego otwarcia jamy brzusznej, chyba że chirurgiczne otwarcie jamy brzusznej było niezbędne do zakończenia zabiegu;
 - 7) operacje hemoroidów – zabieg operacyjny polegający na usunięciu guzka krwawniczego umiejscowionego w okolicach odbytu;
 - 8) operacje przetoki okołoodbytniczej – zabieg operacyjny polegający na usunięciu przetoki okołoodbytniczej, odtwarzający ciągłość tkanek;
 - 9) operacja żyłaków kończyn dolnych – zabieg operacyjny polegający na usunięciu żyłakowato zmienionych żył powierzchownych kończyn dolnych przez wykonanie podwiązania i usunięcie rozszerzonego fragmentu żyły;
 - 10) operacje szczeliny odbytu – zabieg operacyjny polegający na przywróceniu ciągłości tkanek w okolicy odbytu;
 - 11) wycięcie torbieli pyeloidalnej – zabieg operacyjny polegający na usunięciu torbieli okolicy ogonowo-odbytniczej;
 - 12) artroskopia stawu kolanowego – zabieg operacyjny polegający na wziernikowaniu stawu kolanowego za pomocą artroskopu, wraz z możliwością chirurgicznego usunięcia istniejącej patologii wewnątrz stawu;
 - 13) otwarta operacja stawu kolanowego – zabieg operacyjny polegający na chirurgicznym otwarciu stawu kolanowego i usunięciu znajdujących się zmian patologicznych;
 - 14) usunięcie przydatków – zabieg operacyjny polegający na usunięciu jajnika (jajników) przy użyciu metody tradycyjnej lub laparoskopowej;
 - 15) usunięcie ślinianki podżuchwowej – zabieg operacyjny polegający na usunięciu patologicznie zmienionej ślinianki podżuchwowej;
 - 16) usunięcie torbieli szyi – zabieg operacyjny polegający na usunięciu zmiany patologicznej o charakterze torbieli znajdującej się w obrębie szyi;
 - 17) operacja stawu obojczykowo-barkowego – operację polegającą na usunięciu nieprawidłowości lub zmian pourazowych w obrębie stawu obojczykowo-barkowego;
 - 18) otwarte nastawienie zwichnięcia stawu obojczykowo-barkowego – zabieg chirurgiczny polegający na repozycji zwichnięcia stawu barkowo-obojczykowego;
 - 19) usunięcie materiału zespalającego z kości – chirurgiczne usunięcie materiału zespalającego z obrębu kości;
 - 20) wycięcie ganglionu dołu podkolanowego – chirurgiczne usunięcie zmiany patologicznej znajdującej się w obrębie dołu podkolanowego;

- 21) wycięcie kaletki łokciowej lub kolanowej – zabieg chirurgiczny polegający na operacyjnym usunięciu patologicznie zmienionej kaletki maziowej ze stawu kolanowego lub łokciowego;
- 22) odroczone szycie ścięgna ręki – chirurgiczne przywrócenie ciągłości przebiegu ścięgien ręki przeprowadzone co najmniej 48 godzin po ich uszkodzeniu;
- 23) uwolnienie kanału nadgarstka – chirurgiczne usunięcie zmian w obrębie struktur nadgarstka polegające na odtworzeniu anatomicznej budowy i funkcji ręki;
- 24) wycięcie ganglionu nadgarstka – chirurgiczne usunięcie zmiany patologicznej znajdującej się w obrębie nadgarstka;
- 25) operacja zatoki szczękowej – zabieg operacyjny polegający na chirurgicznym otwarciu zatoki szczękowej wraz z usunięciem znajdujących się w niej zmian patologicznych;
- 26) polipektomia – usunięcie polipa z jamy nosowo-gardłowej;
- 27) septoplastyka nosa – operację polegającą na chirurgicznej korekcie przegrody nosa;
- 28) operacja wodniaka jądra – operację polegającą na usunięciu patologicznego płynu w otocze jądra;
- 29) operacja żyłaków powrózka nasiennego – zabieg chirurgiczny polegający na usunięciu żyłakowato zmienionego odcinka powrózka nasiennego;
- 30) rozszerzenie i kalibracja cewki moczowej – operację rozszerzenia nieprawidłowego zwężenia cewki moczowej;
- 31) wycięcie jądra – zabieg operacyjny polegający na usunięciu jądra;
- 32) nakłucie torbieli nerki – zabieg operacyjny polegający na odbarczeniu torbieli nerki.

§ 2

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęte zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w § 1 ust. 2 pkt 11), z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa przewidzianych w niniejszych Warunkach.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje zwrot kosztów leczenia poniesionych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w związku z wykonaniem zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia, objętego ochroną ubezpieczeniową do maksymalnej wysokości 5000 zł w roku polisowym, z zastrzeżeniem że jednorazowy zwrot kosztów leczenia z tytułu wystąpienia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego nie może przekroczyć 2500 zł.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia maksymalnie dwóch zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym.
5. Przez koszty wykonanych zabiegów należy rozumieć koszty poniesione w trakcie pobytu w oddziale chirurgii jednego dnia, do których w szczególności należą:
 - 1) koszty zabiegów diagnostycznych, operacyjnych lub endoskopowych;
 - 2) koszty znieczulenia;
 - 3) koszty hospitalizacji;
 - 4) koszty opieki pielęgniarskiej;
 - 5) koszty jednej wizyty kontrolnej po wykonaniu zabiegu.
6. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:
 - 1) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu;

- 2) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU nr 88, poz. 553 z późn. zm.);
- 3) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
- 4) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
- 5) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 6) wszelkich chorób istniejących przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej;
- 7) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- 8) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD -10;
- 9) pełnienia przez Ubezpieczonego służby wojskowej poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej lub uczestnictwa w operacjach sił zbrojnych;
- 10) kłęski żywiołowej lub epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
- 11) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi;
- 12) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej;
- 13) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem;
- 14) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu nie dopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

§ 3

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na wniosek Ubezpieczającego tylko w razie zawarcia umowy ubezpieczenia lub w każdą rocznicę polisy. Towarzystwo może wyrazić zgodę na zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia przed rocznicą polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia zawsze, jeżeli przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia.
5. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 4

Składka

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.
2. Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.
3. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest płacona przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia.

§ 5

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego:
 - 1) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych chorobą rozpoczyna się po 1-miesięcznym okresie karencji od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia albo od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta została zawarta później niż data przystąpienia do ubezpieczenia;
 - 2) w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych wypadkiem rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego zaczyna się zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż w dniu, w którym została przez Ubezpieczającego na rzecz danego Ubezpieczonego zapłacona składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, przy zachowaniu postanowień zawartych w o.w.u.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w o.w.u.

§ 6

Ustalenie i wypłata świadczenia

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego opisanego w niniejszych Warunkach Towarzystwo dokona zwrotu Ubezpieczonemu, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – jego przedstawicielowi ustawowemu, zaś w pierwszej kolejności Głównemu Ubezpieczonemu kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, przy zachowaniu postanowień § 2 ust. 3 i 4, pod warunkiem że:
 - a) objawy chorób będących bezpośrednią lub pośrednią przyczyną dokonania zabiegów z zakresu chirurgii jednego dnia lub wypadek, który był przyczyną dokonania zabiegów z zakresu chirurgii jednego dnia wystąpią po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej;
 - b) Ubezpieczony został poddany zabiegowi z zakresu chirurgii jednego dnia określonego w umowie dodatkowej;
 - c) pierwszy dzień hospitalizacji wypadł po zakończonym okresie karencji, o której mowa w § 5 ust. 1 pkt 1).
2. Aby uzyskać pokrycie kosztów usług medycznych gwarantowanych niniejszymi Warunkami, Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – jego przedstawiciel ustawowy są zobowiązani niezwłocznie po zakończeniu leczenia zgłosić roszczenie z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Za moment zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę, gdy wpłynęło pisemne zawiadomienie o powyższym zdarzeniu do Dyrekcji Generalnej lub oddziału Towarzystwa.
4. Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – jego przedstawiciel ustawowy są zobowiązani dostarczyć Towarzystwu wszelkie wskazane przez nie dokumenty, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, do których w szczególności należą:

- 1) oryginały imiennych rachunków lub faktur wystawionych przez szpital lub zakład opieki zdrowotnej, wskazujących wysokość poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów, które poniósł w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego opisanego w niniejszych Warunkach; rachunki lub faktury powinny uwzględniać specyfikację poszczególnych składowych opisanych w § 2 ust. 5;
- 2) dokument stwierdzający tożsamość Ubezpieczonego;
- 3) potwierdzona kopia imiennego certyfikatu;
- 4) karta informacyjna leczenia szpitalnego potwierdzająca wykonanie na rzecz Ubezpieczonego jednego z zabiegów opisanych w § 1 ust. 3;
- 5) kopia skierowania lekarskiego na wykonanie zabiegu z zakresu chirurgii jednego dnia;
- 6) wszelka dokumentacja medyczna niezbędna do rozpatrzenia roszczenia.

Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo powinny być dostarczone nie później niż 30 dni od daty zakończenia leczenia. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.

5. Towarzystwo dokonuje zwrotu kosztów Ubezpieczonemu, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – jego przedstawicielowi ustawowemu, zaś w pierwszej kolejności Głównemu Ubezpieczonemu niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
6. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
7. Przystępując do dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego – Główny Ubezpieczony upoważniają Towarzystwo do zasięgnięcia wszelkich informacji i opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie Ubezpieczony poddawał się leczeniu. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony, a w odniesieniu do niepełnoletniego dziecka – Główny Ubezpieczony nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielania wszelkich uzasadnionych i wymaganych przez Towarzystwo informacji.

§ 7

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 110/2003 z dnia 30 grudnia 2003 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu